****

**PLANO DE RETORNO DE FUNCIONÁRIO AO TRABALHO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME DO TRABALHADOR FERIDO | TÍTULO/CARGO |
|  |  |
| NOME DO SUPERVISOR | DEPARTAMENTO/ÁREA |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DATA DE RETORNO | HORA |
| VOCÊ FOI ESCALADO PARA RETORNAR AO TRABALHO EM: |  |  |

|  |
| --- |
| VOCÊ ESTÁ TRABALHANDO COM AS SEGUINTES RESTRIÇÕES RECOMENDADAS PELO MÉDICO: |
|  |
| A SEGUINTE ANÁLISE E DISCUSSÃO OCORREU |
|  | As restrições médicas foram identificadas e esclarecidas. |
|  | O supervisor é capaz de entender as restrições e fornecer as adaptações do trabalho. |
|  | O trabalhador ferido recebeu uma via de comunicação para obter apoio. |
|  | Ocorreu uma análise de políticas/práticas de segurança pertinentes. |
|  | Foi realizada uma análise de políticas de recursos humanos pertinentes, como comunicação de folga, registro de entrada/saída e procedimentos semelhantes. |
|  | A Análise de demanda de trabalho foi analisada em conjunto com as restrições indicadas pelo médico. As responsabilidades foram atribuídas conforme apresentado abaixo.  |
|  | Os requisitos do trabalhador ferido de trabalhar com restrições foram esclarecidos.  |
|  | Os requisitos do supervisor para apenas atribuir trabalho com restrições foram esclarecidos.  |
|  | Foi esclarecido o requisito de o trabalhador ferido consultar o médico (ou a emergência) imediatamente se estiver saindo do trabalho em razão de achar que não consegue realizar o trabalho ou por acreditar que pode ter se ferido novamente.  |
|  |  |
|  |  |

**TAREFAS ATRIBUÍDAS** anexar páginas separadas conforme necessário

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEM. N.º** | **RESPONSABILIDADES ATRIBUÍDAS** | **FEEDBACK DO FUNCIONÁRIO** | **FEEDABACK DO SUPERVISOR** | Continuar responsabilidade modificada? SIM/NÃO | Retorno total do trabalho?SIM/NÃO |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |

**CONCORDÂNCIA**

Eu, trabalhador ferido abaixo assinado, concordo em participar do plano de trabalho de transição aqui descrito. Eu concordo em realizar o trabalho com cuidado e dentro das minhas restrições. Tambpém concordo em pedir ajuda quando o trabalho ultrapassar minhas capacidades, notificar meu supervisor se as responsabilidades atribuídas ultrapassarem minhas capacidades e notificar ao supervisor se eu precisar de auxílio.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NOME | ASSINATURA | DATA |  |
| FUNCIONÁRIO |  |  |  | CC: Coordenador de compensação trabalhistaArquivo do supervisorArquivo do funcionário |
| SUPERVISOR |  |  |  |

|  |
| --- |
| **AVISO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE**Qualquer artigo, modelo ou informação fornecidos pela Smartsheet no site são apenas para referência. Embora nos esforcemos para manter as informações atualizadas e corretas, não fornecemos garantia de qualquer natureza, seja explícita ou implícita, a respeito da integridade, precisão, confiabilidade, adequação ou disponibilidade do site ou das informações, artigos, modelos ou gráficos contidos no site. Portanto, toda confiança que você depositar nessas informações será estritamente por sua própria conta e risco. |